



Anamnesebogen

Liebe Eltern,

herzlich willkommen in unserer Praxis für Kinder- und Jugendmedizin. Sie sind heute zum ersten Mal bei uns. Damit wir uns gleich Ihrem Anliegen widmen können, bitten wir Sie, uns einige Fragen zu beantworten. Um die körperliche und seelische Gesundheit Ihres Kindes zu beurteilen, sind wir auf Ihre Informationen zur Gesundheit und der Situation in der Familie angewiesen. Bitte füllen Sie die folgenden Fragen aus. Verständnisfragen helfen wir Ihnen gerne.

Die Antworten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Fragen, die Sie nicht beantworten möchten, können Sie einfach auslassen.

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____

Kontaktdaten der Erziehungsberechtigten

Mutter: _____ Beruf: _____
Vater: _____ Beruf: _____
Festnetz: _____ Krankenkasse: _____
Handy: _____ Hauptversicherter: _____
E-Mail: _____ Weitere
tagsüber erreichbar: _____ Erziehungsberechtigte: _____

Medizinische Angaben

Bisheriger Kinderarzt: _____

Mitbehandelnde Ärzte: _____

Geschwister: _____

(Name, Alter, Besonderheiten) _____

Sind in der Familie, insbesondere bei Mutter, Vater, Geschwister oder bei Ihrem Kind chronische Erkrankungen, Unverträglichkeiten oder Allergien bekannt?

Gibt es Auffälligkeiten bei Ihrem Kind? Ist es schon einmal operiert worden?

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Falls ja, welche und in welcher Dosierung? _____

Bitte wenden!

Zusatzfragen für Jugendliche:

Treibst Du außerhalb der Schule regelmäßig Sport?

O Nein O Ja, und zwar _____

Rauchst Du? O Nein O Ja: _____ Zigaretten/Tag

Trinkst Du regelmäßig Alkohol? O Nein O Ja, wie oft? _____

Zusatzfragen für Mädchen:

Hast Du schon Deine Regelblutung? O Nein O Ja, seit _____

Nimmst Du die Pille? O Nein O Ja, seit _____

**Vielen Dank für Ihre Angaben
Ihr Praxisteam**

Einverständniserklärung des Patienten bzw. der Sorgeberechtigten zur Erinnerung an (bitte ankreuzen):	Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht
<p><input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendvorsorgeuntersuchungen, die von den gesetzlichen Krankenkassen angeboten werden.</p> <p><input type="checkbox"/> Impfungen, die von der STIKO empfohlen werden.</p> <p><input type="checkbox"/> Notwendige regelmäßige Kontrollen bei chronischen Erkrankungen.</p>	<p>Nach § 73 Abs. 1 Sozialgesetzbuch V willige ich hiermit bis auf Widerruf ein, dass mein behandelnder Kinder- und Jugendarzt Hendrik Staender die Behandlungsdaten und Befund zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung meines Kindes</p> <p>_____</p> <p>(Name)</p>
<p>Auf folgendem Weg: E-Mail Telefon</p>	<p>Bei anderen Ärzten anfordert sowie für die Behandlung erforderliche Daten und Befunde an mitbehandelnde Ärzte übermittelt.</p>
<p>Hiermit stimme ich zu, dass mich mein Arzt an die oben angekreuzten Termine erinnern darf. Diese Einverständniserklärung kann mündlich oder schriftlich gegenüber der Praxis jederzeit widerrufen werden.</p> <p>Hamm, _____</p> <p style="text-align: center;">Datum</p> <p>_____</p> <p>Unterschrift des Patienten oder eines Sorgeberechtigten</p>	<p>Hamm, _____</p> <p style="text-align: center;">Datum</p> <p>_____</p> <p>Unterschrift des Patienten oder eines Sorgeberechtigten</p>